**附件**

**平湖市第一人民医院采购项目报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标单位 |  | 所属地区 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  | | |
| 报名项目名称 |  | | |

注：请发Word版到指定邮箱。

报名单位（盖章）：

授权代表（签字）：

报名日期： 年 月 日